

194
Lans Medical Library

UNIVERSITÉ de GENÈVE - FACULTÉ de MÉDECINE
CLINIQUE CHIRURGICALE

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU

Cancer du Sein chez l'Homme

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
LE 24 NOVEMBRE 1927

PAR

MICHEL YAZIGI

né à Marmarita, Tripoli, Syrie

MÉDECIN COLONIAL DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

MÉDECIN SANITAIRE MARITIME

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET D'HYGIÈNE TROPICALE
A PARIS

THÈSE N° 1247

ANNEMASSE

IMPRIMERIE A. GRANCHAMP

1927

128



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ de GENÈVE - FACULTÉ de MÉDECINE
CLINIQUE CHIRURGICALE

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU

Cancer du Sein chez l'Homme

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

LE 24 NOVEMBRE 1927

PAR

MICHEL YAZIGI

né à Marmarita, Tripoli, Syrie

MÉDECIN COLONIAL DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

MÉDECIN SANITAIRE MARITIME

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET D'HYGIÈNE TROPICALE

A PARIS

THÈSE N° 1247

ANNEMASSE

IMPRIMERIE A. GRANCHAMP

1927

La Faculté de Médecine, sur préavis favorable de M. le Professeur E. Kummer, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 21 décembre 1927.

Le Doyen,

M. ROCH.

A MON PROFESSEUR DE THÈSE, M. KUMMER.

Hommage de ma très respectueuse reconnaissance
avec témoignage de gratitude.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET A MA MÈRE,

je dédie ce modeste travail, témoignage bien faible de la
grande et éternelle reconnaissance que je leur ai vouée, pour
la tendresse qu'ils m'ont toujours témoignée et les nom-
breux sacrifices qu'ils se sont imposés en vue de mon avenir.

A MA SŒUR,

A MES AMIS,

A MES RELATIVES.

PRÉFACE

Au moment de terminer nos études médicales, nous tenons à remercier nos maîtres qui, d'une main bienveillante, nous ont montré le chemin de l'hôpital et la voie de la vérité.

Nous fûmes plus tard, l'élève assidu de M. le Doyen Professeur Roch, excellent clinicien, d'une bonté et d'une douceur parfaites. C'est là que nous apprîmes à estimer le professeur et à aimer le maître. Qu'il veuille bien accepter nos remerciements pour les précieuses leçons cliniques qu'il nous fit avec son affabilité habituelle.

Nous avons tenu en outre à présenter les meilleurs remerciements les plus distingués à M. le Professeur Kummer qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et a bien voulu nous aider de ses conseils et de ses observations, et il a été notre guide pendant notre scolarité, et nous a donné l'enseignement clinique journalier. Ses magistrales leçons avec présentations des malades et projections de coupes, ont été pour nous un enseignement de premier ordre et de toute beauté et nous sommes contents d'avoir pu amasser des connaissances suffisantes dans cette branche si aride de la médecine et qui nous serviront probablement dans le cours de notre carrière car nous en avons tiré un énorme profit.

CANCER DU SEIN CHEZ L'HOMME

INTRODUCTION

Le carcinome du sein chez l'homme, maladie assez peu fréquente, mérite d'être étudié du point de vue diagnostique aussi bien que thérapeutique. En effet les conséquences d'une erreur de diagnostic ou de traitement y sont tellement graves qu'il vaut bien la peine de connaître cette maladie à fond.

Nous avons pu étudier à la Clinique chirurgicale de l'Université de Genève quelques cas de ce néoplasme mammaire masculin que notre vénéré Maître le Professeur Kummer a bien voulu mettre à notre disposition. Voici le résumé de nos études sur ce sujet.

RECHERCHES HISTORIQUES

La rareté du cancer du sein chez l'homme ne lui valut que tardivement les honneurs de la littérature médicale. Il semble que c'est à *Ledran* en 1778 que nous devons la première mention sur le cancer de sein chez l'homme. Il ne paraît d'ailleurs pas lui attacher grande importance car il y consacre seulement quelques lignes dans son mémoire général sur le cancer. « On voit peu d'hommes, dit-il, avoir des cancers à la mamelle mais on voit beaucoup de femmes atteintes de cette maladie ».

Morgagni de même constate sa rareté et en cite 2 cas.

Tranchan, en 1840, dans une statistique faite à Paris, établit que sur 9118 décès dûs au cancer, 5 cas seulement se rattachent au sein de l'homme.

Dussausay vers la même époque parle incidemment d'un homme atteint de cancer au sein.

En 1858, *Velpeau* dans son traité des tumeurs du sein consacre un chapitre à l'étude du cancer du sein chez l'homme et l'assimile au cancer du sein chez la femme. Vers la même époque aussi, *Sedillot* étudie la pathogénie de ces tumeurs et à propos de deux observations personnelles il incrimine le traumatisme. *Nelaton* dans sa thèse d'agrégation en 1839 sur les tumeurs du sein rapporte que *Duval* opéra un officier pour cancer du sein, qu'il y eut deux fois un récidive dans la cicatrice mais que le malade fut définitivement guéri par la troisième intervention. *Lisfranc* en 1842, présente à l'Académie de médecine un cancer du sein qu'il a enlevé à un homme, de 45 ans (Clinique de la Pitié). *Milton* en 1857 constate la grande fréquence de ce cancer masculin en Angleterre et son absence presque totale en Allemagne. *Vidal de Cassis* rapporte dans son Traité de Pathologie Externe 1860 qu'il eut à enlever un squirrhe chez l'homme alors qu'il remplaçait *Velpeau* à la Charité.

Dans un relevé de l'hôpital du Cancer, en 1869 (*The Lancet*) il est rapporté que sur 18 cas de cancer chez l'homme 2 concernaient le sein.

Nous arrivons enfin à la thèse d'agrégation d'*Horteloup* en 1872 sur les « Tumeurs du sein chez l'homme ». C'est le premier travail d'ensemble sur ce sujet. Il a pu réunir 196 cas tant en France qu'à l'étranger; mais ne présente que 16 observations complètes dont 4 seulement sont accompagnées de l'examen histologique.

Chenet dans sa thèse de Paris 1876 inspirée par Verneuil publie 7 cas nouveaux.

Landry (thèse de Paris 1883) publie une observation inédite et la même année *Poirier* présente sa thèse sur ce sujet. Des 100 cas qui y sont décrits, 5 lui viennent d'Allemagne, 60 d'Angleterre et le reste en France. Cet ouvrage marque une date par les examens histologiques qui accompagnent la majorité de ces observations. Dès lors les recherches se multiplient, il semble en même temps que l'on attache plus d'importance à l'examen histologique et les publications devenant plus nombreuses, on s'aperçoit que sans être fréquent, le cancer du sein chez l'homme est pourtant moins rare qu'on ne l'avait cru au début.

La thèse de *Delacour* soutenue à Paris en 1894 a réuni un certain nombre d'observations anglaises qui n'avaient pas encore été publiées en France et 4 nouvelles inédites.

Une étude de *Sengesse* d'un squirrhe du sein droit (Annales de la polyclinique de Bordeaux) est publié en mai 1896.

On trouve ensuite une observation de *Tesnet* sur un épithéliome tubulé les thèses de *Laforge* en 1897, de *Pigot* en 1898, de *Guigane* en 1903, de *Jeanny* en 1905, de *Flurian* en 1909.

Schultesse sur 100 cas de cancer du sein trouve le rapport de 1,39 pour l'homme à 98,60 chez la femme. *Roger William* d'après une statistique établie sur de nombreux cas déclare que 15 % de la totalité de néoplasmes dérivent de la mamelle et que sur ceux-ci 1 % seulement se rencontrent chez l'homme en y comprenant les tumeurs bénignes.

Hery, dans sa thèse (Breslau 1879) sur un total de 196 cancers du sein l'a trouvé seulement 4 fois chez l'homme, ce qui fait une moyenne de 2 %.

Guido van Torak, assistant de *Bilroth* donne seulement 0,8 % chez l'homme par rapport à la femme. Diverses thèses allemandes de *Strassmann* 1885, de *Merz* 1889, de *Freidrich* 1893 et de *Fiedler* 1896 varient de 2 à 4 %.

Cette rareté plus grande du cancer du sein chez l'homme a naturellement soulevé de nombreuses explications. Deux surtout nous semble dignes de retenir notre attention : celle de *Gillette* qui l'attribue à la moindre importance anatomique et physiologique du sein chez l'homme et celle de *Pigot* qui voit dans ce fait la plus grande rareté des affections chroniques ou aiguës de cette région chez l'homme.

La première ferait obéir le sein de l'homme à cette loi de pathologie générale qui veut que tous les tissus à structure imparfaitement développés n'aient que peu de tendance à être envahis par le processus cancéreux. La seconde est un fait d'observation clinique journalière.

Les mastites aiguës ou chroniques sont en effet chose plus rare chez l'homme, la lactation et les accidents qui l'accompagnent étant autant d'influences auxquelles il n'est pas soumis, car chez lui la glande mammaire reste à l'état rudimentaire.

Nous voudrions aussi tout particulièrement citer le travail du Dr. R. H. Kummer, fait à la Clinique chirurgicale de l'Université de Genève, sur « Deux cas de cancer du sein chez l'homme », travail somme toute auquel notre étude fait suite.

R. H. Kummer a constaté la fréquence faible de l'affection chez l'homme par rapport à celle que l'on observe chez la femme. Il en cite plusieurs statistiques où les rapports varient entre 0,56 et 1,52 %. Les statistiques plus modernes semblent donner un pourcentage plus élevé. On pourrait en tirer la conclusion que l'affection devient plus fréquente, mais nous croyons pouvoir attribuer l'augmentation plutôt à l'amélioration du diagnostic dans les années récentes. Chose intéressante, de constater que l'affection fut trouvée à l'âge de 12 ans (Blodgett) et à l'âge de 14 ans (Bryan); le cas le plus âgé que R. H. Kummer cite est de 91 ans (Lunn). Nous y trouvons la conclusion que cette affection survient plus tardivement chez l'homme que chez la femme.

R. H. Kummer émet l'opinion que c'est généralement jusqu'à la troisième année après l'opération que l'on voit reparaitre les récidives et que l'on peut estimer une guérison complète après ce laps de temps.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La glande mammaire chez l'homme comme chez la femme nous présente au point de vue histologique deux sortes de tissus: tissu conjonctif d'une part, tissu glandaire d'autre part. Des réactions morbides peuvent se produire aux dépens de l'un ou l'autre de ces tissus sous le fait de causes plus ou moins déterminées. C'est aussi que nous voyons se produire:

I. Aux dépens des éléments fibreux des tumeurs ordinairement bénignes représentées par les fibromes.

II. Aux dépens des éléments glandulaires des tumeurs à évolution maligne: les épithéliomes.

Dans sa classification, *Strassmann* comprenait de plus les tumeurs qui avaient leur origine dans la peau et pénétraient la glande. Ces cancroïdes étant plutôt des cancers de la région mammaire que des cancers du tissu du sein proprement dit, occupent une place à part.

A n'envisager que les tumeurs dont le point de départ est la cellule glandulaire même avec son tissu de soutien, nous trouvons que le cancer du sein chez l'homme se présente sous trois types principaux: le carcinome médullaire, le carcinome solide simple et le squirrhe.

Nous ne trouvons rien de particulier à signaler sur le caractère de ces tumeurs chez l'homme, mais nous noterons cependant la fréquence relative de certaines formes chez le mâle.

Vital de Cassis dans son *Traité de pathologie externe* paru en 1860 fait déjà remarquer que « le cancer du sein chez l'homme se développe le plus souvent sous la forme de squirrhe ». Les examens histologiques pratiqués d'une façon systématique en ces derniers temps surtout ont confirmé que dans la majorité des cas l'on se trouve en présence de cancers fibreux à évolution souvent lente.

Les tumeurs du sein semblent pouvoir passer d'une forme bénigne à une forme maligne avec facilité, suivant que les conditions du milieu se transforment et suivant que les tissus néoformés se trouvent exposés ou non à des violences extérieures traumatiques ou infectieuses. En général cette transformation maligne se manifeste cliniquement par une augmentation plus rapide du volume de la tumeur; mais il arrive parfois que l'on constate le phénomène inverse d'une grosse tumeur semblant entrer dans une phase de régression.

Jeanney prétend qu'il s'agit dans ces cas de la rupture de kystes plus ou moins nombreux encerclant la tumeur et dont le liquide épanché dans les tissus voisins fut rapidement résorbé. Parmi toutes les variétés histologiques des tumeurs c'est le carcinome qui se rencontre le plus souvent chez l'homme, vient ensuite l'épithéliome et enfin le sarcome. Il nous paraît utile de regarder rapidement ces trois groupes de tumeurs.

Carcinome. — *Gillette* a observé 8 cas de tumeurs du sein chez l'homme à structure carcinomateuse. Sur 4 observations personnelles, *Delacour* a reconnu 2 fois le carcinome, *Pigot*, sur 34 cas, l'a noté 25 fois et il ajoute que la majeure partie de ces tumeurs était des squirrhes.

Pourteau sur 2 observations inédites signale un carcinome typique. Le carcinome se présente au début comme une nodosité dure dont les limites sont nettes sur une section mais qui est partout intimement adhérente au tissu au sein duquel elle a pris naissance. Mais cette exacte circonscription n'est qu'apparente et la prolifération néoplasique réelle dépasse toujours de beaucoup les limites apparentes de la tumeur. De bonne heure, les ganglions lymphatiques de l'aisselle se tuméfient, durcissent et se transforment en tumeurs secondaires. Les vaisseaux lymphatiques intermédiaires peuvent devenir quelques fois apparents sous forme de cordons blancs et durs infiltrés de carcinome.

A la coupe, le tissu est dur, blanchâtre, d'aspect fibreux mais humide et le couteau ramène de la surface un suc lactescent composé en majorité de cellules cancéreuses.

L'examen microscopique de ces tumeurs révèle que ce tissu est formé d'un stroma fibreux délimitant des cavités

remplies par des cellules cancéreuses avec de gros noyaux et de forme polyédrique massive.

Des variétés anatomiques sont à distinguer selon la proportion variable des éléments cellulaires et des parties fibreuses et selon l'existence d'altérations régressives des cellules néoplasiques. C'est ainsi que l'on trouve parfois le carcinome en céphaloïde caractérisé par des amas cellulaires très volumineux contenus dans une trame conjonctive peu développée (Carcinome solide simple ou médullaire).

Dans le squirrhe, au contraire, les amas des cellules néoplasiques sont relativement peu abondants; la réaction conjonctive étouffe la prolifération épithéliale.

L'épithélioma: est ensuite la tumeur la plus fréquente. Quel que soit l'aspect du début, la lésion aboutit de très bonne heure à une ulcération. Cette ulcération, plus ou moins profonde, repose constamment sur un tissu dur, ses bords taillés à pic ou éversés se relèvent en un bourrelet saillant. Le fond de l'ulcération est tantôt lisse, peu suppurant, masqué par une croûte adhérente, tantôt au contraire, il est anfractueux, formé de bourgeons exubérants, et sécrète en abondance un liquide purulent d'odeur fétide. Il est dans l'évolution naturelle de l'affection de s'accompagner d'adénopathie plus ou moins précoce.

Si l'on fait une section totale de la tumeur, on passe par des transitions insensibles du tissu de la tumeur au tissu sain; les limites de la zone néoplasique ne sont pas nettes. Les caractères histologiques de ces tumeurs chez l'homme sont de tous points semblables à ceux que l'on rencontre chez la femme.

Le sarcome: semble beaucoup plus rare. Il a chez l'homme ses caractères habituels. Sa malignité est variable suivant qu'il appartient à un type se rapprochant plus ou moins du type embryonnaire. Ordinairement il s'agit d'adénosarcome caractérisé par une hypertrophie parallèle du tissu conjonctif et de l'élément glandulaire. Le tissu pathologique d'un blanc grisâtre, tantôt ferme, tantôt humide à la coupe, est souvent creusé de cavités où se font des hémorragies, de points ramollis au niveau desquels les cellules ont subi la dégénérescence.

* Nous avons tenu à décrire brièvement le sarcome quoiqu'il n'entre pas dans le présent travail pour pouvoir faire valoir les différences de cette tumeur du point de vue pathologique.

ETIOLOGIE

Certains auteurs, considérant que si l'homme et la femme payaient un tribut bien différent au cancer du sein, ils le devaient au développement physiologique inégal, d'un même organe, ont voulu établir que le cancer chez l'homme se développait surtout lorsque ce dernier avait les seins anormalement développés, ou lorsque ces organes subissaient des modifications physiologiques, capables de les rendre dans une certaine mesure comparables à ceux de la femme (Observation par M. le Prof. Kummer. N° 4, le malade pesait à l'âge de 20 ans 120 kg. avec grande augmentation du volume des seins confirmant que l'augmentation du sein exagérée chez l'homme est une grande cause pour le cancer chez lui).

Nous sommes ainsi amené à étudier la gynécomastie et la succion au point de vue de leur influence sur le développement du cancer du sein chez l'homme.

Le sein de l'homme ne prend que rarement un développement aussi considérable que celui de la femme; cependant cette hypertrophie s'observe quelquefois et constitue la gynécomastie (observation N° 4). C'est ordinairement vers la puberté que les seins augmentent de volume. Celui-ci peut être variable, mais en général n'excède pas celui des seins d'une jeune fille: la taille des individus n'a qu'une influence peu marquée sur cette hypertrophie et n'amène dans le volume que des variations insignifiantes.

Souvent, par la pression on obtient l'écoulement d'un liquide lactescent. Cet écoulement ne peut être nullement assimilé à la sécrétion de la glande mammaire chez la femme et ne donne pas un caractère particulier à la maladie, puisqu'il se rencontre dans plusieurs autres affections de la mamelle.

Chez plusieurs hommes porteurs de tumeurs du sein, cet organe était plus développé qu'à l'état normal presque autant que chez la femme (Observation N° 4).

Sein le plus souvent atteint. — Si nous nous reportons aux travaux qui ont été publiés avant nous, nous établissons que *Horteloup* le signale 17 fois à gauche et 13 fois à droite. D'après *Poirier*, 23 fois le sein gauche fut atteint, 13 fois le droit et une fois les deux. *Williams* l'a constaté 38 fois à droite, 33 fois à gauche et dans 4 cas les deux seins furent atteints.

Imbert note une prédilection assez marquée pour le sein droit car il a pu réunir 64 cas pour ce côté et 48 seulement pour le sein opposé.

Des observations personnelles de *Delacour*, nous relevons qu'il est question 2 fois du sein gauche et 2 fois du sein droit. Mais parmi les 4 observations contenues dans le présent travail observées par M. le Prof. Kummer à la Clinique Chirurgicale de Genève, nous trouvons 2 fois la tumeur au sein droit et 2 fois au sein gauche.

Nous retiendrons la rareté des observations où les deux seins sont atteints simultanément.

Des statistiques de plusieurs auteurs nous pouvons dire que le sein le plus souvent atteint chez l'homme c'est le sein droit et que c'est très rare de trouver chez l'homme les deux seins atteints à la fois et en même temps. Sur les 4 observations que nous apportons et qui ont été suivies par M. le Prof. Kummer à la Clinique Chirurgicale de Genève nous ne trouvons pas les deux seins atteints à la fois.

Age. — Il est reconnu que la période du cancer du sein se prolonge plus loin chez l'homme que chez la femme. Tandis que chez celle-ci il se rencontre plus rarement après 55 ans, il n'est pas rare de le constater chez l'homme même après l'âge de 70 ans. Dans l'observation N° 3 de notre travail nous trouvons en effet un homme de 77 ans atteint de cancer du sein droit, ce qui confirme que l'homme peut présenter un cancer du sein à un âge très avancé.

Laforge, après avoir compulsé les statistiques de *Poirier*, de *Friedler*, *Strassmann* et *Bolhagen*, conclut que la fréquence du cancer paraît augmenter à mesure que l'individu avance en âge. Il note 2 cas après 80 ans, ce qui lui paraît une moyenne élevée vu le nombre restreint d'hommes qui arrivent à cet âge.

On rencontre le cancer masculin très rarement avant la vingtième année; cependant le « *British Medical Journal* » de 1897 relate une observation d'un chirurgien anglais, *Blaydette*, qui opéra un enfant de 12 ans et *Horteloup* signale un cas à 25 ans et ensuite 3 cas après 70 ans.

Des 90 observations de *Williams*, nous relevons que le plus jeune sujet n'était âgé que de 20 ans et le plus âgé de 82 ans, l'âge moyen étant 50 ans.

Mais de nos 4 observations chez l'homme, le plus jeune était âgé de 45 ans et le plus âgé de 77 ans, les autres 2 cas avaient 58 ans et 60 ans respectivement.

Nous constatons donc qu'il est très rare de rencontrer le cancer du sein chez l'homme avant l'âge d'au moins 20 et même 40 ans même s'il existe déjà à cette époque, il sera exceptionnel.

L'étiologie du cancer du sein chez l'homme ressent de l'ignorance dans laquelle nous nous trouvons de celle du cancer en général. Nous avons relevé les mêmes facteurs que chez la femme, mais nous aurons tendance à leur donner plus de valeur chez l'homme puisque son sein n'est pas exposé aux mastites aiguës ou chroniques dont la lactation est la cause et qui seraient autant d'influences prédisposantes aux néoplasmes.

L'Hérédité est réputée jouer un certain rôle dans l'apparition des tumeurs cancéreuses et surtout dans la gravité de ces tumeurs et dans leurs risques de récidives.

Poirier estime qu'elle se rencontre assez rarement dans le cancer du sein de l'homme. Trois fois seulement elle se trouve signalée sur les 100 cas réunis dans sa thèse; mais il le reconnaît lui-même, les renseignements fournis sur les antécédents de ses malades étaient le plus souvent incomplets.

Des 4 observations que nous citons nous trouvons un seul cas où l'hérédité paraît jouer un certain rôle, c'est dans l'observation N° 4: un homme âgé de 58 ans atteint de cancer du sein gauche, raconte que son père et sa mère étaient morts atteints eux aussi de cancer. Il semble donc que l'hérédité joue quelquefois mais pas toujours un rôle bien net.

Pour affirmer que l'hérédité joue un rôle dans le cancer du sein chez l'homme, nous trouvons que *Laforgue* l'a noté

avec soin dans une observation personnelle, *Pigot* ensuite rapporte que dans un cas, la sœur d'un de ses malades du cancer était morte d'un cancer et que dans un autre, deux cousines d'un autre malade étaient mortes l'une d'un cancer du sein et l'autre d'un cancer au rectum.

La Gynécomastie. — Certains cas de gynécomastie accompagnés de cancer ont inspiré à certains auteurs une théorie étiologique qui ne manque pas d'intérêt. Le plus grand développement de la glande mammaire de la femme étant considéré comme le grand facteur étiologique de toutes les affections du sein et par elles des formations néoplasiques, il est tout naturel de penser que les gynécomastes se trouvent prédisposés à ces affections. Des fois quelques cas dont l'authenticité ne paraît pas douteuse sont cités à l'appui de cette théorie. Dans une observation de *Berns* (*Gazette hebdomadaire* de 1887) le sein cancéreux d'un homme mesurait 16 centimètres de hauteur et 19 centimètres de largeur. Le sein non malade 17 centimètres $\times$ 14 centimètres et les deux réunis pesaient 2 kg. 500. Il enleva à titre préventif le sein indemne mais son malade eut cependant trois récidives dont la dernière lui fut fatale.

Pigot a publié quatre observations de gynécomastie coïncidant avec des cancers. *Schuschardt* dit de l'un de ses malades qu'il avait le sein « démesurément gros ». Dans les dernières années les examens histologiques sont venus enlever à ces faits une partie de leur valeur. Ils ont en effet démontré que les seins gynécomastiques n'étaient composés que de graisse; ils devaient donner donc plutôt naissance à des lipômes qu'au cancer à point de départ épithélial-glandulaire. Nous constatons cependant que cette hypothèse étiologique gynécomastie peut avoir quelque valeur. Les gros seins se trouvent souvent plus comprimés par les vêtements et subissent plus que les seins normaux des irritations par frottement. Ces menus traumatismes répétés peuvent avoir une influence irritative étiologique dont nous allons examiner la valeur plus tard.

Flux hémorroïdaire: Quelques auteurs, en particulier *Ferrier*, ont constaté la disparition du flux hémorroïdaire chez des malades au moment que ceux-ci présentaient à l'un des seins une tumeur hémorragique. Cet auteur a assimilé

le flux aux pertes menstruelles et ont déclaré que chez ces malades le sein devait être comme chez la femme d'une sensibilité plus prononcée au néoplasme.

Malheureusement, les observations de ce genre sont en trop petit nombre pour que l'on puisse en tirer une conclusion.

Traumatisme. — Tantôt, comme on le note très souvent chez la femme, le malade attribue sa tumeur à un choc aigu unique, tantôt au contraire il accuse de menues irritations répétées d'en être la cause. Un malade de *Chenet*, pour en citer un exemple, avait reçu successivement un coup de fimon et un coup de corne de bœuf à la région mammaire. *Poirier* a présenté 8 cas analogues. Neuf des malades dont *Strassmann* a rapporté les observations avaient subi des chocs peu de temps avant de s'être aperçu de leur tumeur. *Larrey* rapporte le cas d'un soldat chez qui il vit survenir un cancer du sein à la suite des frottements répétés de vêtements et des courroies de cuir pendant la marche et l'exercice.

Imbert cite un cas semblable à propos d'un chasseur dont la courroie de gibecière appuyait sur la montre. Il se développa un cancer au sein au niveau de l'endroit où la montre appuyait ordinairement. Il paraît donc logique de ne pas rejeter de prime abord l'influence du traumatisme sur l'apparition d'un cancer; mais il ne faut pas oublier que la violence a fort bien pu n'être que le coup de fouet donné à une tumeur préexistante et ignorée du malade.

L'on s'était demandé si le traumatisme imputé donnait lieu à une forme histologique de tumeurs particulières. Vu ceci nous attirons l'attention sur le fait que nous avons noté déjà que le sarcome étant la forme la plus fréquente des tumeurs malignes du sein chez l'homme après le carcinome, semble avoir une origine traumatique. En effet, en 1903, *Geinatz* étudiant 1906 tumeurs diverses, a vu le sarcome rattaché à des circonstances traumatiques dans 20 % des cas. La statistique de *Deihmann* portant sur 231 sarcomes, note que 13 % ont eu pour point de départ un traumatisme. Il paraît donc avéré que le traumatisme aigu figure assez souvent comme cause occasionnelle du sarcome: ce qui aurait de l'importance pratique au point de vue de la responsabilité des accidents.

D'autre part, nul clinicien ne voudra nier le rôle des irritations répétées dans l'apparition de certains carcinomes: cancer des fumeurs, cancroïde des ramoneurs, des goudronneurs, des paraffineurs, cancers se développant sur des lésions syphilitiques, sur des ulcères de jambes, sur des cautérisations ou des radiodermites. Parmi nos cas il n'existe aucun où l'on pourrait déduire avec certitude une étiologie traumatique. Cependant dans un cas un traumatisme joue un rôle en aggravant la maladie et en décidant le malade à se faire opérer.

Observation N° 4: un homme âgé de 58 ans ayant une augmentation du volume du sein gauche sans douleur en 1923 a été présenté au II^e service de chirurgie. On avait constaté à la biopsie un kyste du sein avec dégénérescence carcinomateuse. Le malade refusa l'intervention et quitta le service. En 1927, c'est-à-dire après 4 ans, le malade ayant reçu un coup de tête ou de corne d'une vache, n'y prend pas garde mais par la suite s'aperçoit qu'il porte une fistule sous le sein gauche et qu'il s'en écoule du sang ou un liquide sanguinolant abondant. Il se décide enfin à venir se faire opérer. Constatons cependant que les traumatismes ont une influence étiologique sur les récides du cancer du sein chez l'homme, spécialement dans les cas de tumeur lente opérée et so-disant guérie. Les traumatismes agiront ici comme un coup de fouet qui réveillait à nouveau la maladie latente mais ne la provoqueraient pas à eux tout seuls.

Parasitisme: L'insuffisance de ces hypothèses (âge, traumatisme, etc.), la comparaison clinique de l'évolution des *tumeurs* malignes avec les processus infectieux, ont sollicité dans la période contemporaine, un important mouvement de recherches vers l'origine parasitaire possible du cancer.

Comme pour toute maladie infectieuse, trois épreuves sont ici nécessaires pour baser l'hypothèse. 1° La reproduction de la maladie par l'inoculation des produits néoplasiques; 2° la détermination de l'agent pathogène; 3° la reproduction de l'affection par cet agent isolé. Or il faut reconnaître qu'à l'heure actuelle cette triple démonstration n'a point encore été fournie.

Arthritisme. — On a voulu donner à l'arthritisme un rôle prépondérant dans la genèse du cancer. Sans vouloir lui

donner un rôle générateur, nous remarquons qu'on trouve souvent l'arthritisme dans les antécédents des malades; nos observations personnelles ne nous permettent pas de nous prononcer à ce sujet.

SYMPTOMES, MARCHÉ, DUREE

Le cancer du sein de l'homme présente avec celui de la femme bien des caractères communs; c'est ainsi qu'il forme le plus souvent une tumeur mal limitée adhérant au reste de la glande, il envahit les tissus voisins et les ganglions, se généralise et récidive souvent après une opération. Cependant, il est possible, maintenant qu'il est mieux étudié, de lui décrire une physionomie clinique particulière sous certains rapports.

Début. — Le mode de début est le même chez presque tous les malades dont nous avons pu étudier les observations. C'est presque toujours par hasard que le malade a vu l'un de ses seins être le siège d'une légère tuméfaction indolente. Très rarement nous trouvons cité que le malade eut une ulcération comme début.

Dans les 4 cas des observations de M. le Prof. Kummer nous trouvons dans un cas (observation N° 3) que le mamelon commence à s'ulcérer et à saigner puis l'ulcération augmente peu à peu d'étendue mais sans douleurs.

Dans l'observation N° 4 nous trouvons un malade qui raconte que pendant plusieurs années (1909-1913) son sein saignait de la mamelle par intermittence sans lésion et ensuite avait grossi.

Dans les deux autres cas il n'y avait pas de lésion extérieure non plus. Il y a donc des fois l'ulcération, au début mais il est plus fréquent de rencontrer le cancer chez l'homme sous forme de tumeur non exulcère; ceci est peut-être une particularité étant donné que pour exulcérer le néoplasme doit soit débiter dans la peau ou à la mamelle ou se propager de la profondeur plus spécialement vers ces régions.

La douleur: symptôme connu du carcinome du sein de la femme n'apparaît que tardivement dans les cas masculins. Ce sont alors plutôt des picotements encore supporta-

bles qui donnent l'éveil au malade. Il existe souvent de cancer du sein chez l'homme absolument sans douleurs. Nous trouvons dans nos observations seulement un cas sur 4 où il y a des douleurs très vives (observation N° 2). C'est pourquoi nous croyons pouvoir affirmer que les douleurs sont effectivement un symptôme très incertain dans le cancer du sein chez l'homme.

Tillaux par contre a rapporté que l'un de ses opérés souffrait de douleurs si vives que ce fut cet élément qui le décida à intervenir. Assez souvent un écoulement sérieux par le mamelon est un des premiers signes révélateurs de la maladie; il peut devenir séro-sangino-purulent ou sanguinolent et même parfois franchement hémorragique (observation N° 4).

Il est probable que cet écoulement roussâtre manque souvent dans les néoplasmes excentriques de la glande et s'observe surtout dans les épithéliomes intra-canaliculaires (*Jeanny*).

Le volume: de la tumeur est essentiellement variable. On rencontre toutes les dimensions intermédiaires entre le volume d'un pois et celui d'une orange; mais il est un fait certain, c'est qu'en règle générale on ne voit pas chez l'homme des tumeurs aussi développées que parfois chez la femme. Dans l'observation N° 1 de notre travail nous trouvons le volume du sein atteint comparé à une tête d'enfant. Dans l'observation N° 1 le volume de la tumeur est d'une grosse noisette, dans l'observation N° 2 le volume de la tumeur était de deux grains de plomb (récidive). Dans l'observation N° 3 le volume de la tumeur atteignait la grandeur de la paume de la main.

Rapports de la tumeur: On reconnaît dans les premiers temps l'existence d'une tumeur dure, des fois élastique, irrégulière et bosselée, mobile sur la profondeur. La peau, sillonnée de grosses veines, et infiltrée par le cancer beaucoup plus précocement que chez la femme (*Jeanny*). Cela tient sans doute au peu de tissu cellulaire interposé entre la glande et la peau. L'ulcération si elle se produit, est parfois entourée de bourgeons framboisés saignants. Dans un stade plus avancé il n'est pas rare de rencontrer de nombreux nodules cancéreux criblant la peau de la région mammaire.

En même temps apparaissent des adhérences profondes. Pour s'en rendre compte on ordonne au malade de rapprocher les bras du tronc et on lui tient le coude écarté, luttant contre son effort. Le grand pectoral entre ainsi en contraction. Si la tumeur saisie à pleine main est alors immobilisée, c'est qu'elle a contracté des adhérences avec le plan musculaire profond.

La rétraction du mamelon serait rare si l'on en croit *Hortloup* qui ne l'a rencontrée que 3 fois. *Poirier*, au contraire, l'a signalée 14 fois. Cette rétraction du mamelon due aux tractus fibreux émanés du néoplasme et à son maximum dans une variété d'évolution lente où domine le tissu conjonctif: le squirrhe.

L'infection ganglionnaire est très souvent signalée par les auteurs. *Poirier* l'a rencontrée 35 fois sur les 100 cas réunis dans sa thèse; Strassmann, 5 fois sur 38 cas, Bolhagen 8 fois sur 11 observations. Nous la relevons nous-même 3 fois sur 4 dans les observations que nous publions.

Mais, est-ce en raison de la différence qui existe entre le développement du système lymphatique de l'homme et celui de la femme, que l'adénopathie masculine n'atteint jamais la même importance que chez celle-ci. Les ganglions siègent de préférence sous le bord inférieur du grand pectoral et dans le fond de l'aisselle ils sont petits, durs, mobiles et parfois réunis à la tumeur par un cordon constitué par les vaisseaux lymphatiques indurés. Il est exceptionnel d'en trouver de fort gros chez l'homme et c'est plutôt par curiosité que nous rappelons que *Travers* observa une adénopathie telle que le malade devait maintenir le bras en l'air à angle aigu.

Ils sont envahis de bonne heure et, alors même que cliniquement ils paraissent sains, le microscope révèle qu'ils sont infiltrés de cellules cancéreuses.

Dans les formes avancées, les ganglions sus-claviculaires sont aussi envahis mais si nous ne les retrouvons pas signalés plus souvent c'est qu'ils ne sont pas toujours appréciables cliniquement.

Que devons-nous penser de ces ganglions? Leur présence est-elle inhérente à la tumeur ou au contraire seulement contemporaine à la propagation d'infection à la suite d'exulcération? Nous devons reconnaître que dans un certain

nombre de cas ils apparaissent en même temps que le néoplasme; mais en nous basant sur le travail d'*Hortloup*, nous pouvons affirmer qu'ils trouvent leur origine dans la tumeur car il rapporte 21 observations avec adénopathie sans ulcération aucune.

L'état général du sujet masculin reste bon beaucoup plus longtemps que chez la femme. Cela tient sans doute à la plus lente évolution du squirrhe qui est la forme la plus fréquente et à cette particularité anatomique de moindre vascularisation, d'où moindre courant de produits toxiques.

L'évaluation de la tumeur peut être très lente, c'est ainsi que nous trouvons des malades qui en étaient porteurs depuis dix ans lorsqu'ils sont venus consulter; cependant, il n'en est pas toujours ainsi, on observe parfois la marche dite en deux temps, c'est-à-dire qu'une tumeur stationnaire depuis plusieurs années prend en peu de temps un développement considérable. *Poirier* avait déjà attiré l'attention sur ce mode particulier d'évolution. Cette augmentation brusque, on le constate en clinique, correspond bien avec les données de l'anatomie pathologique. Celle-ci nous apprend qu'elle coïncide avec la diffusion épithéliale dans les travées conjonctives, ou avec l'apparition de kystes encerclant la tumeur, souvent il s'agit aussi d'une dégénérescence sarcomateuse; élément bien différent quant à la gravité du pronostic. La terminaison de la maladie, si elle est reculée à plus longue échéance que chez la femme, n'en est pas moins fatale.

En dehors des métastases viscérales ou de la généralisation, la résorption des produits toxiques sécrétés par les cellules de la tumeur combinée à l'anémie secondaire fait entrer le malade dans la période de « cachexie cancéreuse » à laquelle il succombe.

DIAGNOSTIC

Comme pour tous les cancers, l'intérêt du diagnostic précoce est primordial en vue d'une intervention chirurgicale bien réglée et possédant le maximum de chances de succès. Dans la pratique, ce diagnostic qui pourrait être facile dès le début de l'affection n'est généralement posé par faute du malade, qu'à une période assez avancée de l'évolution de la néoplasie, la minime importance des symptômes fonctionnels n'incitant pas les malades à consulter.

Nous allons passer rapidement en revue les principales affections thoraciques qui peuvent, chez l'homme, prêter à confusion, avec le cancer du sein, et indiquer les éléments cliniques essentiels qui permettent d'affirmer l'existence d'une tumeur maligne. A la première période de l'évolution, alors que la tumeur n'est pas encore ulcérée, peut-elle être confondue avec :

Les abcès froids costaux que l'on pourra facilement diagnostiquer par leur point de départ osseux, leur évolution terpide et quelquefois par leur forme ou fluctuation. Il n'est pas rare en effet qu'ils revêtent une forme allongée dans le sens des côtes auxquelles ils adhèrent. Quand la tumeur est ramollie et que l'abcès est constitué, on perçoit une fluctuation plus ou moins nette au centre de la tumeur, dont un rebord induré, constitue le pourtour. Le diagnostic se trouve alors simplifié et une ponction exploratrice le précise.

Les mastites de la puberté donnent lieu à une tuméfaction légère du sein avec douleurs, bosselures de la glande et écoulement de sérosité par le mamelon; mais l'évolution en est aiguë ou subaiguë et elles se résolvent rapidement.

Les Kystes hydatiques du sein chez l'homme sont exceptionnels et l'examen du liquide retiré par ponction fait connaître l'existence de scolex et de vésicules filles. En outre, on pourra recourir aux épreuves de laboratoire: recherche de l'éosinophilie et réaction de Weimberg et Parvu.

Les galactocèles et Kystes dermoïdes, rares déjà chez la femme, n'ont pas encore été signalés chez l'homme.

Les gommes syphilitiques non ulcérées du sein ont un début analogue à celui du cancer. On peut invoquer en faveur de la gomme la persistance prolongée de la mobilité et surtout la recherche d'autres lésions spécifiques guéries ou en évolution et le traitement « pierre de touche ». *Yvaren* rapporte dans les « métamorphoses de la syphilis » que *Richet* sur le point d'opérer une malade pour cancer du sein lui trouva par hasard une petite tumeur gommeuse au mollet. Il décida immédiatement de surseoir à l'opération et institue le traitement mercuriel qui fait disparaître la gomme du mollet et le soi-disant cancer du sein. A l'heure actuelle, le chirurgien dispose d'un excellent moyen de diagnostic, la réaction de Wassermann. Toutefois il est bon de faire remarquer que sa valeur n'est pas absolue car si elle indique que la malade a eu la syphilis elle ne signifie pas obligatoirement que la lésion qu'il présente est de nature spécifique.

Les tumeurs bénignes du sein telles que fibromes, adénomes, sont moins fréquentes chez l'homme que les tumeurs malignes.

Billroth établissant la moyenne des cas observés à Berlin, Zurich et Vienne trouve 18 % de tumeurs bénignes et 83 % de tumeurs malignes.

Elles surviennent avant 40 ans et ont un caractère commun avec le cancer, l'écoulement d'un liquide rosé par le mamelon.

Certains caractères cliniques tels que le volume et la mobilité de la tumeur, la lenteur de son évolution plaident en faveur de la bénignité, mais pas un de ces signes n'est pathognomique. On ne devra donc pas oublier qu'elles peuvent évoluer vers la forme maligne et conseiller au malade de subir l'opération ou une biopsie.

Le tuberculome du sein présente à l'examen une petite tumeur mal délimitée, indolente, dont le début remonte à trois ou quatre mois, qui s'accompagne parfois de rétraction du mamelon et dans les trois quarts des cas d'adénopathie axillaire. Si l'adénopathie a précédé la tumeur, la tuberculose est presque certaine (*Forgue*, Précis de Pathologie, 4

édition), mais si la tumeur mammaire et l'adénopathie évoluent parallèlement ou que la première est antérieure, l'incertitude peut être grande tant que le foyer ne se ramollit point. En faveur de la tuberculose on peut invoquer les considérations suivantes: la tumeur mammaire tuberculeuse est d'une grande rareté chez l'homme et il y a disproportion entre la tumeur et l'adénite; tandis que dans le cancer on trouve quelques ganglions petits, durs, mobiles et isolés, dans la tuberculose il y a empatement de tout le creux axillaire par périadénite et le ramollissement puis la suppuration sont précoces.

Delbet, par le diagnostic de gomme tuberculeuse, attache une grande importance à la présence d'une traînée de lymphogite indurée réunissant la tumeur aux ganglions, mais nous avons vu qu'elle peut aussi se rencontrer dans le cancer du sein de l'homme.

Maladies kystiques. — Bien que n'ayant pas encore été rencontrée chez l'homme, nous croyons devoir signaler ici la maladie kystique du sein si magistralement décrite par le professeur *Reclus*. En pareille occurrence, l'extrême lenteur de son évolution, ses réductions successives de volume et surtout la ponction exploratrice assurent le diagnostic.

A la période ulcéreuse, le diagnostic s'impose dans la presque totalité des cas, cependant la confusion peut être possible entre un cancer ulcéré et un chancre syphilitique du mamelon mal soigné et infecté secondairement. Après quelques pansements antiseptiques, il sera possible de différencier le chancre à l'induration en carte de visite limité à son pourtour, à l'apparition presque simultanée d'une pléiade de ganglions, sa tendance spontanée à la guérison et à l'apparition d'accidents secondaires.

Les gommes syphilitiques ulcérées sont arrondies, profondes, saigneuses, indolores et sans adénopathie bien marquée, du moins en général, et succèdent à la gomme spécifique dont nous avons décrit les caractères cliniques.

Les ulcérations tuberculeuses présentent des bords irréguliers, décolés; elles sont plus larges que profondes, offrent parfois à leur surface des îlots cutanés qui ne seront détruits qu'ultérieurement et s'accompagnent d'une adénopathie plus diffuse que dans le cancer.

En résumé, ce qui fait la difficulté du diagnostic du cancer du sein chez l'homme, c'est son extrême rareté. En cas d'hésitation entre tumeur maligne et tumeur bénigne, il vaut mieux opérer. La tumeur fera l'objet d'un examen anatomopathologique qui, s'il révèle la malignité, dictera de suivre de près le malade afin d'intervenir à nouveau dès les premiers signes d'une récurrence possible.

Si l'on se trouve en présence d'une tumeur ulcérée, on pourra pratiquer un prélèvement biopsique qui, suivi d'un examen microscopique, lèvera tous les doutes.

Après ces études où nous avons fait notre possible pour comparer nos cas sous tous les rapports avec les travaux déjà existants et que nous sommes en effet arrivés à en tirer des conclusions souvent intéressantes, nous croyons utile de donner les observations faites au malade même. Il nous restera ensuite à discuter le traitement ainsi que d'élaborer les conclusions que nous pourrions en tirer.

OBSERVATIONS DE CLINIQUE

I. ANNÉE 1922

Bassin Edouard: âgé de 45 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 54 ans d'affection cardiaque. Mère vivante, souffre d'estomac depuis quelque temps. 5 frères et 2 sœurs vivants.

Antécédents personnels. — Rougeole en bas âge: a eu l'entérite il y a une dizaine d'années environ, a dû suivre un régime pendant quelque temps. Le malade tousse beaucoup le matin, crachats glaireux: il est grand fumeur. En 1915 il faisait la garde la nuit à la banque fédérale: un soir il s'est réveillé la nuit tout découvert, en transpiration la fenêtre ouverte: le lendemain il avait mal aux reins, puis peu à peu la douleur seyait montée aux épaules et à la nuque: il avait eu 2 mois après sciatique double, traitée par Dr. Loups. Depuis sa maladie est allée en progressant, la colonne vertébrale tout entière devenant raide, l'épaule droite est devenue également raide. Ces derniers mois le malade avait de la peine à marcher, au changement de température les deux épaules devenaient très sensibles. Cette raideur de la colonne ne reste pas au même degré toujours. Le changement de temps influe beaucoup. Quand il fait beau le malade est moins raide. Il a déjà fait quelques cures thermales sans beaucoup de résultat. Depuis le mois de novembre 1921, sur les conseils de son médecin, il a commencé à se faire masser: n'a pas tiré beaucoup de bénéfice de ces massages.

Quand il a été à Lavey pour une cure on lui prenait régulièrement sa température, il avait 37,4 ou 37,5 le soir.

Antécédents actuels. — Il y a 15 jours son masseur en le massant a remarqué qu'il y avait quelque chose de dur sous le mamelon gauche. Le malade intrigué par ça est allé voir le Dr. Dunant qui nous l'a envoyé pour néoplasme du sein. Le malade avait eu, à l'âge de 20 ans, 2 petites boules au-dessous du mamelon gauche. Sa mère avait fait des com-

presses et les boules auraient disparu. Il pesait avant la guerre 68 kgs. En 1915, à la suite de sa maladie, aurait maigri de 20 kgs. Il ne dormait pas la nuit par la souffrance. Cette dernière année il a engraisé de 10 kgs.

Status local. — On constate à la palpation du sein gauche une tumeur de la grosseur d'une grosse noisette au-dessous du mamelon. La tumeur est mobile sous la peau; indolore; pas de modification de la peau au niveau de la tumeur. Celle-ci est dure, à surface régulière. On trouve un ganglion au creux axillaire.

Présentation clinique. — Le malade présente une tumeur au-dessous du mamelon gauche. Il s'est aperçu de cette tumeur seulement depuis 15 jours. On trouve aussi un ganglion au creux axillaire.

Les tumeurs du sein chez les hommes sont rares. Cette tumeur est dure et assez mobile sur les plans sous-jacents. La peau est également assez mobile sur la tumeur. Nous pensons ici à un carcinome du sein.

Traitement chirurgical.

Opération. — Incision elliptique, extirpation de la glande mammaire, suture de la peau à la soie.

Extirpation d'un ganglion à l'aisselle.

Constataion anatomique. — Tumeur du volume d'une petite pomme à surface irrégulière, recouverte de tissu adipeux. Consistance plutôt molle. A la coupe, tissu blanchâtre, homogène avec taches rosées. (Adéno fibrome du sein.)

Au microscope. — Au milieu d'un tissu fibreux abondant, les cellules et passant par places en tissu fibro-adipeux, on trouve des formations glandulaires de forme et de trille irrégulières, mais toutes bien limitées. Leur épithélium est par places constitué d'une seule couche de cellules cylindriques, par places formé de cellules cubiques ou cubo-cylindriques disposées en plusieurs couches.

II. ANNÉE 1923

Viredaz: âgé de 61 ans.

Antécédents actuels: S'est présenté deux fois en 3 ans, à la visite médicale et l'on a rien trouvé d'anormal.

Depuis une année, a fréquemment des douleurs à la région thoracique gauche et droite, qui durent quelquefois huit jours de suite. Actuellement, la douleur est surtout à droite.

Les mouvements ne l'augmentent pas. La respiration et la toux l'exagèrent un peu. Elle a commencé, il y a trois semaines, elle est violente, presque continue, avec des moments où elle est plus forte. La chaleur le soulage.

Elle siège vers la 4^e côte à droite, et s'irradie en arrière.

Status actuel. — Homme amaigri. Sur la poitrine, région droite, on voit une cicatrice qui part de l'aisselle, décrit une concavité extérieure et descend vers la 6^e côte, 3 doigts au-dessus du point vésiculaire. La peau est assez mobile. Les côtes sont très palpables à cause de l'absence du grand pectoral; on découvre sous la peau, sur la 4^e côte et au-dessus comme deux grains de plomb durs assez mobiles. La palpation de la partie antérieure de l'aisselle est douloureuse.

Système respiratoire. — Pas de matité. Respiration rude, à droite, normale à gauche.

Système urinaire. — Albumine.

Système circulatoire. — Cœur: bruits réguliers, second bruit musical, clange à la base.

Biopsie d'un ganglion gros comme une lentille situé sous la peau à 2 cm. de la cicatrice.

Radioscopie. — Poumons clairs. On ne note aucune marbrure suspecte. Ganglions trachéo-bronchiques ne semblent pas plus nombreux et plus volumineux que normalement. Bonne mobilité du diaphragme. Aorte plus grosse que normale.

Cœur gros, pointe en dehors.

Diagnostic anatomique. — Biopsie d'environ un demi cm. de tissu blanc entouré d'une mince zone hémorragique. (Ganglion lymphatique sans altération appréciable.)

Au microscope. — On voit un ganglion lymphatique avec des centres germinatifs. Il est entouré d'une gaine fibreuse. En dehors de celle-ci il y a du tissu adipeux forcé de globules rouges.

Présentation clinique. — On montre une opération du sein droit pour cancer de 3 ans. La cicatrice est bonne, il se plaint de douleurs intercostales. Une biopsie faite extrait un

petit nodule gros comme une lentille. Donc le résultat est un ganglion sans altération pathologique.

Diagnostic. — Cancer du sein opéré, douleurs intercostales.

III. ANNÉE 1926.

Thomas Depretis: âgé de 77 ans.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — En 1917, opéré pour hernie étranglée. Bronchites fréquentes.

Affection actuelle. — Augmentation du volume du sein droit depuis une année de cette date au-dessus. Le mamelon commence à s'ulcérer et à saigner puis l'ulcération augmente peu à peu d'étendue. Le malade nettoie lui-même la plaie, n'a pas de douleurs.

Status local. — Disparition du mamelon droit. A sa place, plaie ovale, de la grandeur de la paume de la main entourée d'une zone violacée de 1 cm. environ après laquelle on retrouve une peau saine; l'ulcération est cratériforme, le fond est saigneux; le pourtour saigne très facilement; la tumeur est adhérente aux plans profonds mais n'est pas adhérente aux côtés, adénopathie axillaire droite, un ganglion dur.

Etat général. — Bien conservé, le malade a cependant maigri.

Système circulatoire. — Bruits du cœur et rythmes réguliers; pouls hypertendu.

Système respiratoire. — Le murmure vésical est partout normal; pas d'altération pathologique du côté droit.

Tube digestif. — Peu d'appétit; mauvaise dentition; pas de troubles digestifs. Abdomen souple et indolore.

Système uro-génital. — Urine peu à la fois, mais souvent, 2 à 3 fois la nuit; la prostate est en deux lobes; sillon médian. On atteint difficilement le bord supérieur. Les deux lobes sont augmentés de volume. Surface lisse, consistance élastique.

Système nerveux. — Réflexes normaux.

Diagnostic. — Cancer du sein droit ulcéré. (Adéno-carcinome.)

Traitement. — Opération, amputation du sein et greffes. Broncho-pneumonie. Exitus.

Diagnostic anatomique. — Sein extirpé. La peau montre une grande ulcération, à bords élevés, à fond rouge grisâtre par places rouge foncé. Dans le tissu adipeux axillaire quelques ganglions augmentés de consistance ferme. (Adénocarcinome de la glande mammaire avec métastases ganglionnaires.)

Au microscope. — Dans un tissu fibreux très pauvre en cellules fusiformes, en lympho et leucocytes, on trouve des formations néoplasiques formant des petites cavités tapissées par un épithélium cylindrique, par place cubique à une ou plusieurs rangées formant par places des prolongements papillaires.

Dans les lumières des cellules desquamées, dans les ganglions axillaires des métastases du même aspect que celui de la tumeur primitive.

IV. ANNÉE 1927.

Vuillaume Numa: âgé de 58 ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère affectés et décédés; 6 frères et sœurs décédés.

Antécédents personnels. — Pas de maladies d'enfance, pesait 7 kg. à la naissance et à 20 ans pesait déjà 120 kg. Depuis son poids est resté stationnaire. Sa mère était déjà énorme et pesait 140 kg. A eu un fils naturel qui était aussi très gros à la naissance.

Adiposité très marquée mais également répartie. Distribution des poils normale.

Organes génitaux: rien de particulier.

Soigné au II S. chir. en 1924 pour fracture, Dupuytrin. (Ostéo-synthèse.)

Antécédents actuels. — En 1923 en Chir. II on avait constaté:

Sein gauche remplacé par une tumeur grosse comme une tête d'enfant. Mobile sur la profondeur, peau non mobile. Consistance dure sauf dans la région inférieure où il y a de la fluctuence. Surface lobée. Indolore. Le malade raconte que pendant plusieurs années (1909-1913) son sein sai-

gnait par intermittence. Depuis 10 ans ne saigne plus mais grossit.

On pratique biopsie dont le résultat est :

Kyste du sein avec dégénérescence carcinomateuse.

Le malade refuse l'intervention et quitte le service.

Depuis 1923, le sein a continué à grossir régulièrement, ne saigne plus, n'est pas douloureux. La peau a gardé sa coloration rouge.

Il y a 15 jours reçoit un coup de tête ou de corne d'une vache. N'y prend pas garde; par la suite s'aperçoit qu'il porte une fistule sous le sein gauche et qu'il s'en écoule du sang et un liquide sanguinolent abondant. Se fait des pansements lui-même puis se décide à venir se faire opérer.

Status local. — Sein gauche pendant, peau rouge adhérente au plan profond, légèrement granuleuse, mamelon non rétracté.

L'extrémité du sein est occupée par une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant dure, lobulée, mobile sur les plans profonds. En dessous du mamelon fistule profonde s'ouvrant en plein dans la tumeur et par laquelle s'écoule avec abondance un liquide séreux, sanguinolent.

Chaîne de gros ganglions sous-pectoraux allant jusqu'à l'aisselle. Cette dernière semble libre.

Système circulatoire. — Pointe du cœur non palpable. Bruits sourds et lointains. Pas de souffle.

Légère arythmie en valve.

Pouls synchrone.

Système respiratoire. — Thorax symétrique. Pas de matité. Murmure vésiculaire égal partout. Tousse un peu mais gros fumeur.

Système nerveux. — Rien de particulier.

Système digestif. — Appétit, digestion bonne.

Foie non palpable, ne semble pas dépasser.

Système uro-génital. — Rien de particulier.

Opération. — Incision tout autour de la tumeur jusqu'au tendon du grand pectoral. Dissection et résection de ce dernier. Dissection et résection du tendon du petit pectoral. Curage complet de l'aisselle avec dissection de la veine axillaire. Extirpation de la tumeur avec grand et petit pectoral. Drainage. Suture de la peau.

TRAITEMENT

Le diagnostic étant posé, quel sera le traitement à opposer aux tumeurs malignes du sein de l'homme?

Il découle de ce que nous avons dit à propos de la marche de l'affection qu'il est urgent d'intervenir dès que la lésion est constatée ou même seulement sérieusement soupçonnée. Un des caractères du cancer du sein chez l'homme est sa tendance peu prononcée à l'extension et à la généralisation pendant une longue partie de son évolution. Durant cette période la tumeur reste petite, souvent indolore, la peau peut être normale, il n'existe pas d'adhérence avec les plans sous-jacents, l'adénopathie axillaire peut manquer, en un mot on a l'impression de se trouver en présence d'une tumeur bénigne. Malgré l'optimisme que semble impliquer ce tableau clinique, l'indication est d'opérer le plus tôt possible. Il faut, en effet, absolument renoncer aux mesures palliatives comme la cautérisation, aux topiques de tout genre employé autrefois en pareil cas, ils ne servent qu'à endormir la crainte du malade et constituent une irritation locale capable de donner un coup de fouet à la tumeur. Seul le bistouri a donné des résultats durables et en tout cas assure la plus longue survie dans la majorité des cas: c'est donc à l'extirpation que l'on devra recourir.

Nous pouvons constater que le seul moyen de guérir le cancer du sein chez l'homme est l'intervention chirurgicale comme il s'ensuit de nos observations. Pour en citer les cas:

Premier cas: Observation N° 1.

Homme âgé de 45 ans se présente à la clinique avec une tumeur au-dessous du mamelon gauche avec un ganglion au creux axillaire. Il est traité chirurgicalement, extirpation de la glande mammaire avec extirpation d'un ganglion à l'aisselle. Bon résultat pas de récive.

Deuxième cas: Observation N° 2

Homme âgé de 61 ans se présente à la clinique après une opération du sein droit pour cancer il y a 3 ans. La cicatrice

est en bon état, il se plaint de douleurs intercostales. Une biopsie faite démontre un ganglion de l'aisselle sans altération pathologique. Donc guérison.

Troisième cas: Observation N° 3.

Homme âgé de 77 ans présenté avec un cancer du sein droit ulcéré. Opération: amputation du sein et greffes cutanées. Mort à la suite de broncho-pneumonie, on ne retrouve pas métastases.

Quatrième cas: Observation N° 4.

Homme âgé de 58 ans, présenté avec tumeur du sein gauche de la grosseur d'une tête d'enfant, dure, mobile sur les plans profonds avec chaîne de gros ganglions pectoraux allant jusqu'à l'aisselle. Opération: incision tout autour de la tumeur jusqu'au tendon du grand pectoral. Dissection et résection de ce dernier, dissection et résection du petit pectoral, curage complet de l'aisselle avec dissection de la veine axillaire. Extirpation de la tumeur avec grand et petit pectoral. Guérison.

L'intervention devra être aussi précoce et aussi large que nécessaire. Dès que des adhérences profondes sont certaines et qu'il existe de l'adénopathie axillaire, pratiquer l'opération de Halsted qui réalise la meilleure technique, ou celle de Willy-Meyer. Le néoplasme est enlevé en une seule pièce avec les tissus profonds, depuis la peau, la glande mammaire, avec le grand et le petit pectoral. On ne s'arrête que sur le plan costal. D'autre part l'ablation est poursuivie, d'une seule tenue, jusque sous la clavicule: c'est-à-dire que, sans morcellement, on excise en une chaîne continue tous les ganglions et lymphatiques de la région pectorale et de l'aisselle en dénudant les vaisseaux et nerfs de cette dernière région. Ce curage en masse méthodique et souvent préventif de l'aisselle pare au péril des métastases. Dans d'autres cas l'intervention est plutôt palliative que guérissante. Nous pensons aux cas déjà « inopérables » où l'adénopathie axillaire s'accompagne d'adénopathie sus-claviculaire, voire même carotidien.

On peut encore opérer ces cas, mais en faisant toutes ses réserves, car il est facile d'imaginer que si la barrière des ganglions axillaires a été franchie et ganglions sus-claviculaires et même carotidiens atteints, les ganglions intra-thoraciques ont bien peu de chance d'être indemnes.

Il y a cependant des contre indications opératoires absolues qui proviennent soit de l'état local ou de l'état général du malade. Nous citons à ce sujet :

1. *De l'état local.* — Les tumeurs qui ont déjà infiltré les parties profondes de la paroi thoracique (côtes ou même plèvre) ne nous paraissent pas présenter grande chance d'être opérées avec succès. Il en est de même pour les néoplasmes déjà très étendus avec métastases cutanées (grain de cancer) de la peau des alentours.

2. *De l'état général.* — La constatation de métastase dans les organes internes, un état général trop précaire, devront également éloigner toute idée d'intervention. C'est alors qu'on pourrait avoir recours à d'autres traitements et même avoir recours à un traitement purement psycho-thérapique.

Ce dernier traitement, nous ne devons jamais le négliger chez les malades incurables atteints d'une maladie aussi lamentable que le cancer.

Nous allons brièvement nous rendre compte des traitements que nous pourrions employer dans nos cas inopérables.

Traitement médicamenteux.

Le traitement médicamenteux ne sera, on le conçoit facilement, d'abord un adjuvant très utile après l'intervention chirurgicale. A lui seul il ne donne pas de résultat. Nous n'avons pu trouver un cas de cancer du sein chez l'homme traité médicalement et où la guérison eut été tout à fait sûre.

Parmi les médicaments, il n'en est pas qui aient eu plus de vogue que l'arsenic et la quinine. Ces deux médicaments associés auraient, d'après Jaboulay, un effet incontestable sur la marche de certaines tumeurs : le traitement par les ferments et les extraits organiques essayé en Allemagne, est une thérapeutique qui a encore besoin d'être mise au point.

A côté de ce traitement médicamenteux nous plaçons les essais de sérumthérapie qui n'ont donné jusqu'à maintenant aucun résultat net et demandent encore des recherches plus approfondies. Les traitements par les moyens physiques ont donné quelques résultats intéressants. Sous ce titre nous étendons :

1. La radiothérapie; 2. la radiumthérapie; 3. la thérapie par agents destructeurs.

1. *Radiothérapie*. — Elle sera: a) curative, b) palliative, c) prophylactique; elle trouve son indication capitale dans les cancroïdes du sein chez l'homme, à toutes les périodes de leur évolution. Au début on est en droit d'en attendre de véritables guérisons par les Rayons X. Les carcinomes aussi peuvent être heureusement influencés jusqu'à un certain point. Il faudrait, d'après Bécclere, dans les sarcomes tenter d'abord cette méthode même dans les cas opérables. Ce n'est pas le cas quant au carcinome. Du moment que la tumeur est inopérable, nous n'hésiterons plus, car le traitement est susceptible de faire diminuer la tumeur, prolonger dans quelques cas la vie et souvent influencer heureusement les douleurs.

2. *Radiumthérapie*. — Malgré quelques bons résultats qu'on a enregistré à son actif, la radiumthérapie est encore une méthode dont on n'est pas encore sûr, en outre coûteuse et pas applicable à beaucoup de cas.

La fuluration a été à l'ordre du jour; on a cru tout d'abord voir en elle un remède héroïque du cancer; il a fallu déchanter; on peut tout juste lui concéder une place modeste, comme auxiliaire de l'intervention chirurgicale.

Le traitement par le courant de haute fréquence, ou électro-coagulation, imaginé par Doyen, ne s'est pas répandu, il n'est, par conséquent, à l'heure qu'il est, guère possible de porter un jugement définitif sur cette méthode.

PRONOSTIC

Il est établi dans le cancer du sein chez l'homme que la tumeur évolue vers la malignité et que plus ou moins rapidement abandonnée à elle-même, aboutit à une issue fatale plus ou moins proche selon sa puissance de généralisation.

Dans la tumeur d'origine conjonctive, la malignité est d'autant plus grande que le tissu néoplasique est plus embryonnaire; dans les néoplasmes d'origine épithéliale nous ne pouvons pas toujours confirmer ceci; les masses cellulaires infiltrant tous les tissus voisins plus ou moins rapidement, la généralisation se produit à un moment indéterminable par voie lymphatique (métastases). Donc, il faut intervenir, et de bonne heure, mais si les résultats immédiats de l'opération sont dans la majorité des cas excellents, il n'en est plus de même des résultats éloignés. Chez l'homme, comme chez la femme, les récidives sont fréquentes. Les statistiques nous permettent de les évaluer à 60 % des cas et une première récidive, même opérée radicalement, ne met pas à l'abri d'une deuxième et parfois même d'une troisième.

Williams, recherchant combien de temps s'écoule entre l'opération et la première récidive, est arrivé aux conclusions suivantes: Dans la majorité des cas, c'est vers le neuvième mois que la récidive apparaît; il s'écoule rarement plus de trente-cinq mois sans qu'elle soit survenue et le minimum de temps observé pour qu'elle se produise fut un mois et demi. Dans nos 4 observations nous n'avons pas remarqué de récidive. Des 24 cas étudiés par *Jamicy*, 9 récidivèrent trois mois après l'opération, 11 entre 8 et 14 mois et 2 après 24 mois.

Nature des récidives. — Dans les récidives, la nouvelle tumeur présente la même forme anatomo-pathologique que celle à laquelle elle succède; nous sommes donc en droit de déclarer que la récidive se fait par continuation, du moins en général.

Localisation des récidives. — Quelques cas de « récidives » dans le sein du côté opposé ont été signalés, mais dans la plupart des cas, elles ont leur siège du même côté dans la cicatrice même ou au niveau des ganglions axillaires.

Dans la cicatrice, la récidive est signalée dans 15 % des cas. *Denitz* prétend que l'on peut accuser les pinces d'être les agents de transport de cellules néoplasiques qui profilèrent ensuite; il a vu notablement diminuer chez la femme la fréquence de cette forme de récidive du jour où il a supprimé les pinces de son mode opératoire. Il nous semble cependant que l'on doit chercher à diminuer les récidives en opérant le plus radicalement possible (excision dans le tissu sain).

Quant aux récidives à point de départ ganglionnaire, elles sont facilement expliquées par le fait que le microscope révèle que bien souvent les ganglions d'apparence saine sont infiltrés de cellules cancéreuses. On tâchera donc de les éviter en opérant radicalement les ganglions régionaux dans tous les cas.

En résumé, il n'est pas possible d'établir pour l'homme un meilleur pronostic que pour la femme, mais il semble avoir l'avantage d'une survie plus longue qu'il doit sans doute à la forme fibreuse de sa tumeur qui évolue plus lentement.

CONCLUSIONS

1. Le cancer du sein s'observe rarement chez l'homme.
 2. La fréquence du cancer du sein masculin par rapport à celui de la femme a été établie à 1 — 6 %.
 3. On y trouve les mêmes facteurs étiologiques que chez la femme, mais avec une prépondérance en faveur des traumatismes.
 4. Au point de vue histologique on distingue trois types bien distincts auxquels correspondent autant de formes cliniques.
 - a) Le cancroïde, tumeur ulcérée, primitivement cutanée qui envahit la glande que secondairement.
 - b) Le carcinome, cancer du sein proprement dit, qui *évolue*, au contraire, de la glande vers les tissus voisins. (Carcinome solide, simple ou médullaire.)
 - c) Le squirrhe que l'on peut aussi classer sous b).Le cancroïde est une forme rare.
Le carcinome proprement dit est plus fréquent.
 5. Les symptômes observés sont les mêmes que chez la femme, mais le symptôme douleur est bien moins marqué et l'évolution est plus lente.
 6. Le diagnostic précoce est difficile, on devra souvent exclure une affection tuberculeuse ou syphilitique.
 7. Les récidives encore très fréquentes 60 %.
 8. Le pronostic est meilleur chez l'homme que chez la femme:
 - a) parce que la tumeur est plus facilement découverte;
 - b) parce que son évolution est beaucoup plus lente;
 - c) parce que le traitement radical est moins grave et, semble-t-il, plus efficace.
 9. Le traitement devra être l'ablation aussi large et aussi précoce que possible avec curage de l'aisselle. Les méthodes physiques ou médicamenteuses n'interviendront que comme adjuvant ou que dans les cas inopérables.
-

BIBLIOGRAPHIE

- BERTHERAND. Des tumeurs du sein chez l'homme. Ann. méd. de la Flandre occidentale, 1855, p. 513-517.
- BOLHAGEN. Thèse de Gœttingue. 1892.
- BROSSARD. Cancer du sein chez l'homme. Poitou médical, Poitiers 1898, p. 97-101.
- BERNS. Ein weiterer Fall von Krebs der männlichen Brustdrüse. Arch. f. Klin. Chir. Berlin, 1887, p. 228-230.
- BLODGETT. Cancer of breast in a child. Brit. med. J., 1897. p. 611.
- BILROTH. Path. Chir. Génér. 1868 p. 77.
- BUCHANAN. Cancer of the male breast. Glasgow, N. Y., 1893, p. 149.
- CHENET. Etude sur le cancer du sein chez l'homme. Thèse de Paris, 1876.
- CAS ISOLÉ. Cancer of the breast in man Lancet. 1841-42, II, 419.
- CHARBONIER. Thèse de Paris 1900. Le cancer aigu du sein.
- CHILDS. Cancer in the male breast Lancet 1864, II, 266.
- COOK. Two cases of scirrhus of the male breast, reappearance after amputation. Lancet 1858, II, 462.
- COURTADE. Deux cas d'épithélioma du sein chez l'homme. Union méd. Paris, 1885, 3^e S. XI, 1.070-73.
- CORNILL et CHAMPENON. Deux cas de tumeurs du sein chez l'homme. Société anatomique de Paris, 1906.
- CHAVONAZ. Squirrhé du sein, Société anatomique de Bordeaux, 1907.
- DELACOUR. Etude sur le cancer du sein chez l'homme. Thèse de Paris, 1894.
- DUSSAUSSOY. Dissertation et obs. sur la gangrène des Hôpitaux. Genève, 1787.
- DUPLAY et RECLUS. Traité de Chirurgie.
- FLURIAN. Thèse de Bordeaux 1909-1910, contribution à l'étude du cancer du sein chez l'homme.
- FESSLER. D. Z. Chir. 172, 1922, Krebs der mämml Brustfrüse Lit.
- FOUGART. Tumeurs du sein chez l'homme. France médicale, 1856, III, 284.
- FORGUE. Précis de Pathologie externe, 4^e édition.
- GILLETTE. Semaine Médicale 1885, p. 257.
- GUEGAN. Thèse de Bordeaux 1903. Contribution à l'étude des tumeurs du sein chez l'homme.

- GARZ. Cancer du sein chez l'homme. J. des soc. méd. de Lille, 1887, p. 392-395.
- GELLÉ. Sur un cas de cancer chez l'homme. Echo méd. du Nord, 1902.
- GILLETTE. Carcinome ulcéré de la mamelle gauche chez l'homme. Union méd. 1874, XXVIII, 942.
- HORTELOUP. Des tumeurs du sein chez l'homme. Thèse d'agrégation, 1872.
- IMBERT. Un cas de cancer du sein chez l'homme. Gaz. hebd. des soc. méd. de Montpellier, 1891, 541, 555.
- JACOBSON. Trois cas de tumeurs du sein dont deux chez l'homme. Med. News, 1877. N° 5.
- JOHNSON. Scirrhus of male breast. N. Y. M. times 1853, I. 111.
- JEANNY. Cancer du sein chez l'homme, Toulouse 1897. Thèse de Montpellier, 1905. Le Cancer du sein de l'homme.
- KOHLER. Carcinoma der Brustdrüse, bei einem Mann. Charité, Ann. Berlin, 1890, 443-452.
- KUMMER R. H. Deux cas de cancer du sein chez l'homme. Lyon chirurgical, 1923.
- LAFORGUE. Thèse inaugurale, Toulouse 1897, du Cancer du sein de l'homme.
- LEDUAN. Mém. sur le cancer, 1778, p. 112.
- LANDRY. Contribution à l'étude du cancer chez l'homme. Thèse de Paris 1883.
- LISFRANK. Clin. Chir. de la Pitié, 1841, t. I, p. 139.
- LEDIAN. Mémoire sur le cancer, p. 112
- MARCOWITZ. Cancer du sein chez l'homme. Bull. Soc. Anat. Paris 1860, p. 134.
- MOORE W. Two cases of cancer of the male breast. Austral. M. J. Melbourne, 1895, n. s. XVIII, p. 96.
- MORRE. Scirrhus of the male breast. Lancet, 1861, II, p. 110.
- MOUTARD-MARTIN. Squirrhe du sein droit chez un homme de 72 ans. Pr. méd. 1876, IV, p. 296.
- NELATON. Les tumeurs de la mamelle. Thèse d'agrégation 1839, p. 115.
- OLLIVE. Cancer du sein chez l'homme. J. de méd. de l'ouest.
- PELTIER. Note sur le cancer du sein chez l'homme. Rev. phot. des hôpitaux, 1871, III, p. 130.
- PEYER de A. Contribution à l'étude des tumeurs du sein chez l'homme. Thèse. Genève 1904, n° 34.
- PIGAT. Contribution à l'étude du cancer du sein chez l'homme. Thèse de Paris, 1898.
- POIRIER P. Contribution à l'étude des tumeurs du sein de l'homme. Thèse de Paris, 1883.
- POURTEAU. Thèse de Bordeaux (1911). Contribution à l'étude du cancer du sein chez l'homme.

- PRAT. Tumeurs du sein chez un homme. Société anat. de Paris, 1905.
- PRINCETEAUX. Squirrhe du sein. Société anatom. de Bordeaux.
- RICHET. Anat. méd. chir., 4^e éd., p. 330.
- RIEFFEL. Les mamelles chez l'homme.
- SEDILLOT. Presse méd. t. I, p. 140.
- SCHNELLER. A. chir. 119, 1922. Erkrank der mäm. Brustdrüse.
- SENGESSE. Un cas de cancer du sein chez l'homme. Annales de la Polyclinique de Bordeaux, 1895-96, 278-292.
- SHULTESSE. Canc. D. Z. Kl. chir. Bd. IV.
- STRASSMANN. Th. mang. de Berlin, 1885.
- SHUSHART. A. Chir. 31, 33, 35, 41, 1889, 1890.
- SHULTESS. Beitrage zur Klin. Chir. Tubingen, 1889, t. IV.
- SPEED-KELLAG. Tumeurs of the male breast, ann. of surg. T. 82, N° 12-45-62.
- TERRIER. Deux cas de cancer du sein chez l'homme. J. de méd. et de chir. prat., 1873 XLIV, p. 489.
- TESSET. Société anatomique de Paris, 1^{er} mai 1865.
- TILLAUX. Mann. méd., juin 1874, p. 270.
- VELPEAU. Traité des maladies du sein.
- VIDAL DE CASSIS. Traité de path. ext., 1860, t. IV, p. 37.
- VITRAC. Cancer du sein chez un homme. Journ. de méd. de Bordeaux, 25 mars 1894.
- VILLAR. Deux cas des tumeurs du sein chez l'homme (en thèse). Guegan, 1903.
- WILLIAMS. Cancer of the male breast, based on the records of over hundred cases. Lancet, London, 1889, 251, 310.
- WICKHAM. Thèse, Mang. de Paris, 1890.
- YVOREN. Des métamorphoses de syphilis.
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
Recherches historiques	10
Anatomie pathologique	13
Etiologie	16
Symptômes, marche, durée	22
Diagnostic	26
Observations de Clinique	30
Traitement	36
Pronostic	40
Conclusions	42
Bibliographie	43

